



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO
210839475
Modelo 2012

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Luis Alonso Alvarez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		
2. FECHA DE NACIMIENTO 23/11/2019 Día Mes Año	3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐ Se ignora ☐	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tlaxcala Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)
5. CURP AIAID4701223HTSLI250121 Se ignora ☐ Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Si ☐ No ☒ Se ignora ☐	7. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐ Se ignora ☐
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para personas de un año o más: Años cumplidos 05/0 Se ignora ☐		9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Casado(a) ☒ En unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Se ignora ☐
10. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) Calle Benito Juárez 811 10.1 Tipo de vivienda Obisera 10.2 Nombre de la vivienda Obisera 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 1790000 Ciudad Valles Ciudad Valles 10.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o Alcaldía 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD Ninguna ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☒ Posgrado ☐ Se ignora ☐
12. OCUPACIÓN HABITUAL Hogar 12.1 Trabajaba Si ☒ No ☐ Se ignora ☐		13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☐ Otra ☐ IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEMAR ☐ IMSS PROSPERA ☐ Se ignora ☐
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☐ IMSS ☒ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Hospital General de Zona #6 14.1 Nombre de la unidad médica IMSS PROSPERA ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Otra unidad pública ☐ Unidad médica privada ☐		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 914 15.1 Tipo de vivienda Habitación 15.2 Nombre de la vivienda Habitación 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 1790000 Ciudad Valles Ciudad Valles 15.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o Alcaldía 15.10 Entidad federativa
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 28/02/2021 11:15 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Si ☒ No ☐ Se ignora ☐
18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Si ☐ No ☒		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda Debido a (o como consecuencia de) b) Síndrome respiratorio inflamatorio agudo Debido a (o como consecuencia de) c) Neumonia viral Debido a (o como consecuencia de) d) COVID-19 PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Hipertensión arterial primaria Diabetes mellitus no insulino dependiente
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE I00 Código CIE I00		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo ☐ El parto ☐ El puerperio ☐ 43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto Accidente ☐ Homicidio ☐ Suicidio ☐ Se ignora ☐ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Escuela u oficina pública ☐ Área comercial o de servicio ☐		
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u otra) ☐ Granja (rancho o parcela) ☐ Otro ☐		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Nombre de la vivienda 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o Alcaldía 22.7.10 Entidad federativa		23. NOMBRE Alma Leticia Flores Vela Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Esposa		25. CERTIFICADA POR Médico tratante ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 3223481 Número de la cédula profesional		27. NOMBRE Alma Leticia Flores Vela Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda Habitación 28.2 Nombre de la vivienda Habitación 28.3 Núm. Exterior 28.4 Núm. Interior 28.5 Tipo de asentamiento humano 1790000 Ciudad Valles Ciudad Valles 28.6 Nombre del asentamiento humano San Luis Potosí 28.7 Código Postal 28.8 Localidad 28.9 Municipio o Alcaldía 28.10 Entidad federativa		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN 28/02/2021 Día Mes Año
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA 13/03/2021 Día Mes Año		